

健康與人類服務部行政管理處
MEDICAID 辦公室 (MASSHEALTH)

獲取與分享兒童與青少年需求與強項工具資訊許可

MassHealth 會員姓名 (簡稱「會員」) _____

行為健康評估員姓名 (簡稱「評估員」) _____

服務提供者機構名稱 (簡稱「服務提供者」) _____

_____ (會員) 年齡未滿 21 歲，正在接受行為健康評估。

根據 MassHealth 的規定，行為健康服務提供者必須在某些規定的時間對 21 歲以下的 MassHealth 會員進行全面評估。服務提供者必須使用一種稱為「兒童與青少年需求與強項」 (簡稱「CANS」) 的特殊工具，從評估搜集資訊。對於接受持續治療的會員，必須至少每 90 天更新一次 CANS。

MassHealth 要求行為健康服務提供者使用 CANS 確保向會員提供的行為健康服務符合會員的需求，所有的評估記錄必須按照相同的方法保存。如果所有的服務提供者均使用 CANS 以相同的方法保存記錄，則會便於會員的服務提供者相互交流。CANS 還有助於 MassHealth 檢查所提供的服務是否對會員長期有幫助。

我在下方的簽名表示，我許可服務提供者向 MassHealth 提供任何 CANS 中有關會員的所有資訊。服務提供者可以按照本表中描述的方式及原因向 MassHealth 提供 CANS 資訊。

服務提供者可以在每一次完成或更新 CANS 時，將 CANS 資訊輸入 MassHealth 的 CANS 電腦系統。

MassHealth 可以按照法律許可的方法使用 CANS 資訊，例如：

- 檢查會員獲得所需的服務；
- 檢查會員獲得的服務對會員長期會有幫助；以及
- 開展幫助 MassHealth 從事以下工作的研究
 - 評估或改善向會員提供的服務；
 - 決定是否開發新服務；以及
 - 決定如何降低健康護理費用。

MassHealth 能夠利用 CANS 電腦系統將 CANS 資訊發送給會員註冊參加的任何 MassHealth 管理護理實體。MassHealth 希望透過這種方法使得管理護理實體更好地為會員服務，並且檢查會員所需的服務已提供給會員。管理護理實體獲得 CANS 資訊後，MassHealth 對此類資訊不再享有控制權。管理護理實體將依照法律決定如何使用或披露此類資訊。

我理解，MassHealth 必須按照法律規定使用或披露 CANS 資訊。我還理解，MassHealth 可以刪除識別會員個人身份的資訊。MassHealth 可以因任何原因使用或披露其餘的資訊。

我可以按照上述方法以書面形式隨時取消本許可。我可以向服務提供者發出書面信函，通知服務提供者我希望取消許可。服務提供者將告訴我郵寄信函的地址。我還可以向 MassHealth 發出信函。發給 MassHealth 的信函必須寄至：Children's Behavioral Health Initiative, attn: CBHI Consent, 1 Ashburton Place, 5th Floor, Boston, Massachusetts, 02108。

取消許可信函必須包括：

- 會員姓名；
- 會員的出生日期；
- 我的姓名；以及
- 說明我是不是會員、會員的監護父母，或解釋我為什麼可以代表會員。

在我取消許可之前輸入 CANS 電腦系統的 CANS 資訊不能收回。管理護理實體在我取消許可之前獲取的 CANS 資訊不能收回。

根據本許可披露的資訊可能不受在服務提供者或 MassHealth 擁有此等資訊時適用的相同法律的保護，此等資訊可能會再次披露。

我可以在本表中填寫許可終止日期。如果我不這樣做，許可在我簽署本表後的一年時間終止。如果在許可終止後，會員仍然在接受行為健康服務，則會詢問我是否希望重新給予許可。

我已經閱讀本許可的全部內容。我自願在此簽名。我理解，如果我不在本表中簽名或者我決定今後撤銷許可，不會在任何方面影響向會員提供的服務。

我已經收到一份本書面許可副本。

簽署許可人士姓名（請用工整字體書寫）

給予許可人士簽名

簽署日期（許可開始日期）

許可終止日期（如果未在本行填寫日期，許可在簽署日期後一年終止。）

請勾選以下一行，說明您可以按照法律簽署本許可的原因。

我是年滿 18 歲或以上的會員。如果我未年滿 18 歲或以上，我可以根據法律因其他原因給予許可。

我是會員的監護父母。

我可以代表會員，許可給予醫療資訊。我已經隨附一份法律文件，顯示我可以這樣做的原因。